



ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

Ф.И.О. СУЛТАНОВА АЙНУР БАЗАРБАЕВНА	ИИН 851231400130	Серия/номер удост. N15478934	Дата рождения 31.12.1985
--	----------------------------	--	------------------------------------

СВЕДЕНИЯ О ВЛАДЕЛЬЦЕ ЛИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КНИЖКИ

Основная профессия Учитель	Должность Директор	Место работы Qadam School
Место жительства КАЗАХСТАН 3-КАЗАХСТАН-СКАЯ Байқоныс, Байқоныс МИКРОРАЙОН Арман 147/1	Номер телефона +7(707)985-3112	Целевая группа Работники учебных заведений начального, среднего общего, профессии...

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ОБСЛЕДОВАНИЕ НА ТУБЕРКУЛЕЗ

Дата: **23.09.2025** Ф.И.О. врача: **ГУМАРОВА Ф. З.**
 Заключение врача: **Без патологий**

НА НОСИТЕЛЬСТВО ПАТОГЕННОГО СТАФИЛОКОККА

Дата: - Ф.И.О. врача: --
 Заключение врача: -

НА ВЕНЕРИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Дата: - Ф.И.О. врача: --
 Заключение врача: -

НА ЯЙЦА ГЕЛЬМИНТОВ

Дата: - Ф.И.О. врача: --
 Заключение врача: -

НА МАРКЕРЫ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ, ВИЧ

Дата: - Ф.И.О. врача: -- Заключение врача: -

БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Дата: - Ф.И.О. врача: --
 Заключение врача: -

ВРАЧЕБНЫЕ ОСМОТРЫ

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ

Дата: - Ф.И.О. врача: --
 Заключение врача: -

ТЕРАПЕВТ

Дата: **23.09.2025** Ф.И.О. врача: **ЕЛЕКЕНОВА М. К.**
 Заключение врача: **Годеп**

ДОСТУП К РАБОТЕ

Допуск к работе от: 23.09.2025	Допуск к работе до: 23.09.2026	Ф.И.О. врача ЕЛЕКЕНОВА МЕНСЛУ КАЙРГА-ЛИЕВНА	Статус Допущен
--	--	---	--------------------------



ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

Ф.И.О. **ГУМАРОВА УЛЖАН МИРАСОВНА** ИИН **871013402472** Серия/номер удост. **NI5229548** Дата рождения **13.10.1987**

СВЕДЕНИЯ О ВЛАДЕЛЬЦЕ ЛИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КНИЖКИ

Основная профессия **воспитатель** Должность **воспитатель** Место работы **Д/сад Инаят**
 Место жительства **КАЗАХСТАН Э-КАЗАХСТАН-СКАЯ Достық, Достық УЛИЦА Ю.Гагарина 19 За** Номер телефона **87774266872** Целевая группа **Работники учебных заведений начального, среднего общего, профессии...**

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ОБСЛЕДОВАНИЕ НА ТУБЕРКУЛЕЗ

Дата **15.10.2025** Ф.И.О. врача **ИСЕНГАЛИЕВА С. Т.**
 Заключение врача **Без патологий**

НА НОСИТЕЛЬСТВО ПАТОГЕННОГО СТАФИЛОКОККА

Дата **20.02.2026** Ф.И.О. врача **ЖУРИМБЕТОВА Б. К.**
 Заключение врача **Отрицательно**

НА ВЕНЕРИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Дата **18.02.2026** Ф.И.О. врача **ЗЫКОВ В. П.**
 Заключение врача **Отрицательно**

НА ЯЙЦА ГЕЛЬМИНТОВ

Дата **18.02.2026** Ф.И.О. врача **ЗЫКОВ В. П.**
 Заключение врача **Не обнаружено**

НА МАРКЕРЫ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ, ВИЧ

Дата **18.02.2026** Ф.И.О. врача **ЗЫКОВ В. П.**
 Заключение врача **Отрицательно**

БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Дата **20.02.2026** Ф.И.О. врача **ЖУРИМБЕТОВА Б. К.**
 Заключение врача **Отрицательно**

ВРАЧЕБНЫЕ ОСМОТРЫ

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ

Дата **18.02.2026** Ф.И.О. врача **ЗЫКОВ В. П.**
 Заключение врача **Годеп**

ТЕРАПЕВТ

Дата **20.02.2026** Ф.И.О. врача **ЗЫКОВ В. П.**
 Заключение врача **Годеп**

ДОСТУП К РАБОТЕ

Допуск к работе от: **20.02.2026** Допуск к работе до: **18.08.2026** Ф.И.О. врача **ЗЫКОВ ВИКТОР ПАВЛОВИЧ** Статус **Допущен**



1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ



1. Тегі Мурмушев
Фамилия

2. Аты Аманжол
Имя

3. Әкесінің аты (бар болса)
Отчество (при наличии)
Турсенов

4. УРМ № 054172882
сериясы/серия нөмірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца Мурмушев

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки
АА № 5385423

2. ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПШАНЫҢ
НЕСІ ТУРАЛЫ МӘЛІМЕТТЕР
СВЕДЕНИЯ О ВЛАДЕЛЬЦЕ
ЛИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КНИЖКИ

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия

2. Лауазымы
Должность муришт

3. Жұмыс орны
Место работы ч. Трауат 4
мере Бамабаршасы

4. Туған жері, айы, күні
Дата рождения 11.11.1982.

5. Мекен-жайы
Место жительства п-а байтерек
п. Достық.

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат « » жылы күні айы Допуск к работе « » года месяц год	Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты маманының Т.А.Ә., қолы, мөр (бар болса) Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)
		<p>Б.АТЫС-ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫ АҚИМДІГІ Денсаулық сақтау басқармасының «№5 КАЛИТАҚЫМ АМАНЫ» ШЖК МКК</p> <p>ЖҰМЫСҚА ЖІБЕРІЛДІ</p> <p>К РАБОТЕ ДОПУЩЕН</p> <p>ГКП НА ПХВ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АКИМАТА ЗАПАДНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ</p>

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат « » жылы күні айы Допуск к работе « » года месяц год	Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты маманының Т.А.Ә., қолы, мөр (бар болса) Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)



ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

ФИО

ДЖАРМУХАНБЕТОВА ГУЛЬНАР АЛТАЕВНА

ИИН

880720400369

Серия/номер удост.

N17879985

Дата рождения

20.07.1988

СВЕДЕНИЯ О ВЛАДЕЛЬЦЕ ЛИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КНИЖКИ

Основная профессия
Учитель

Должность
Учитель начальных классов

Место работы
Qalam

Место жительства
КАЗАХСТАН ЗАПАДНО-КА-
ЗАХСТАНСКАЯ ОБЛАСТЬ Пе-
реметнинский, Калинин-
ское МИКРОРАЙОН
Мұнайшы, УЛИЦА Болашақ
111

Номер телефона
+7(778)511-3510

Целевая группа
Работники учебных заведений на-
чального, среднего общего, про-
фесси...

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ОБСЛЕДОВАНИЕ НА ТУБЕРКУЛЕЗ

Дата: 03.12.2025
Ф.И.О. врача: ГУМАРОВА Ф. З.
Заключение врача: Без патологий

НА НОСИТЕЛЬСТВО ПАТОГЕННОГО СТАФИЛОКОККА

Дата: -
Ф.И.О. врача: --
Заключение врача: -

НА ВЕНЕРИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Дата: -
Ф.И.О. врача: --
Заключение врача: -

НА ЯЙЦА ГЕЛЬМИНТОВ

Дата: -
Ф.И.О. врача: --
Заключение врача: -

НА МАРКЕРЫ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ, ВИЧ

Дата: -
Ф.И.О. врача: --
Заключение врача: -

БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Дата: -
Ф.И.О. врача: --
Заключение врача: -

ВРАЧЕБНЫЕ ОСМОТРЫ

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ

Дата: -
Ф.И.О. врача: --
Заключение врача: -

ТЕРАПЕВТ

Дата: 03.12.2025
Ф.И.О. врача: ЕЛЕКЕНОВА М. К.
Заключение врача: Годен

ДОСТУП К РАБОТЕ

Допуск к работе от:
03.12.2025

Допуск к работе до:
03.12.2026

Ф.И.О. врача
ЕЛЕКЕНОВА МЕНСЛУ КАЙРГА-
ЛИЕВНА

Статус
Допущен



ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

ФИО: **ХАБИЕВА АЙНАГУЛ ЖАМБУЛОВНА** | МИИ: **730404402178** | Серия/номер удост.: **Н11366865** | Дата рождения: **04.04.1973**

СВЕДЕНИЯ О ВЛАДЕЛЬЦЕ ЛИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КНИЖКИ

Основная профессия психолог	Должность учитель	Место работы СОШ №46
Место жительства КАЗАХСТАН Э-КАЗАХСТАН-СКАЯ ПРОСПЕКТ Абая 119 914	Номер телефона +7(701)316-0109	Целевая группа Работники учебных заведений начального, среднего общего, профессионального образования

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ОБСЛЕДОВАНИЕ НА ТУБЕРКУЛЕЗ

Дата: **28.05.2025** | Ф.И.О. врача: **ОПАРИНА И. Н.**
Заключение врача: **Без патологий**

НА НОСИТЕЛЬСТВО ПАТОГЕННОГО СТАФИЛОКОККА

Дата: **-** | Ф.И.О. врача: **-**
Заключение врача: **-**

НА ВЕНЕРИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Дата: **-** | Ф.И.О. врача: **-**
Заключение врача: **-**

НА ЯЙЦА ГЕЛЬМИНТОВ

Дата: **-** | Ф.И.О. врача: **-**
Заключение врача: **-**

НА МАРКЕРЫ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ, ВИЧ

Дата: **-** | Ф.И.О. врача: **-**

БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Дата: **-** | Ф.И.О. врача: **-**

СВЕДЕНИЯ О ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВКАХ

ВРАЧЕБНЫЕ ОСМОТРЫ

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ

Дата: **-** | Ф.И.О. врача: **-**
Заключение врача: **-**

ТЕРАПЕВТ

Дата: **28.07.2025** | Ф.И.О. врача: **ЗЫКОВ В. П.**
Заключение врача: **Годен**

ДОСТУП К РАБОТЕ

Допуск к работе от: **28.07.2025** | Допуск к работе до: **28.05.2026** | Ф.И.О. врача: **ЗЫКОВ ВИКТОР ПАВЛОВИЧ** | Статус: **Допущен**

ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ
1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ



М.О.
М.П.

1. Тегі
Фамилия Жылдыз

2. Аты
Имя Аманжол

3. Әкесінің аты (бар болса)
Отчество (при наличии) Шамшарбаев

4. Урпак № 02088049
Сериясы/серия нөмірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца Жылдыз

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

AA № 336416

2

2. ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПШАНЫҢ
НЕСІ ТУРАЛЫ МӘЛІМЕТТЕР
СВЕДЕНИЯ О ВЛАДЕЛЬЦЕ
ЛИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КНИЖКИ

1. Негізгі мамандығы Мәртбесі
Основная профессия

2. Лауазымы Мәртбесі
Должность

3. Жұмыс орны Әле Құрманқожа
Место работы

4. Туған жылы, айы, күні 24.11.1981
Дата рождения

5. Мекен-жайы
Место жительства

Бай терек ауданы
Түркерей ауылы
Үй Арман.

3



ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

ФИО ЖОЛДЫБАЙ АЯЖАН МЕНДІБАЙҚЫЗЫ	ИДН 978497240009	Серия номер удостоверения 978497240009	Дата рождения 27.04.1997
---	---------------------	---	-----------------------------

СВЕДЕНИЯ О ВЛАДЕЛЬЦЕ ЛИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КНИЖКИ

Основная профессия воспит	Должность Тәрбиеші	Место работы Инаят жеке бала бакшасы
Место жительства КАЗАХСТАН Э-КАЗАХСТАН СКАЯ Достық, Достық УЛИЦА Шаған 3-5	Номер телефона +7(778)1148-5097	Целевая группа Работники учебных заведений начального, среднего общего, профессионального образования

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ОБСЛЕДОВАНИЕ НА ТУБЕРКУЛЕЗ

20.11.2025	ИСЕНГАЛИЕВА С. Т.
	Без патологий

НА НОСИТЕЛЬСТВО ПАТОГЕННОГО СТАФИЛОКОККА

20.02.2026	ЖУРИМБЕТОВА Б. К.
	Отрицательно

НА ВЕНЕРИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

18.02.2026	ЗЫКОВ В. П.
	Отрицательно

НА ЯЙЦА ГЕЛЬМИНТОВ

18.02.2026	ЗЫКОВ В. П.
	Не обнаружено

НА МАРКЕРЫ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ, ВИЧ

БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

20.02.2026	ЖУРИМБЕТОВА Б. К.
	Отрицательно

ВРАЧЕБНЫЕ ОСМОТРЫ

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ

18.02.2026	ЗЫКОВ В. П.
	Годен

ТЕРАПЕВТ

20.02.2026	ЗЫКОВ В. П.
	Годен

ДОСТУП К РАБОТЕ

Допуск к работе от: 20.02.2026	Допуск к работе до: 18.08.2026	Ф.И.О. врача ЗЫКОВ ВИКТОР ПАВЛОВИЧ	Статус Допущен
-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	-------------------

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат « » жылы күні айы Допуск к работе « » дата месяц год	Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты маманының Т.А.Ә., көзі, мөр (бар болса) Ф.И.О., подпись, ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)
		<p><i>12.12.2025</i></p> <p>ЖАТЫС ҚАЗАҚСТАН СӘЛЫСЫ ОҚИМДІГІ ДЕНСАУАТҚА ҚАЖАТ АУАНЫНЫҢ ЖАТЫС ҚАЛАСЫҚ ЕМХАНАСЫ ШЖК МКК</p> <p>ЖҰМЫСҚА ЖІБЕРІЛДІ К РАБОТЕ ДОПУЩЕН</p> <p>ГКП НА ПКВ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №5» УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АХИМАТА ЗАПАДНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ</p>

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат « » жылы күні айы Допуск к работе « » дата месяц год	Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты маманының Т.А.Ә., көзі, мөр (бар болса) Ф.И.О., подпись, ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)

1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ



1. Тегі _____
Фамилия

2. Аты _____
Имя

3. Әкесінің аты (бар болса)
Отчество (при наличии) _____
Аманжолбеков

4. АД № 058 901 934
серия/серия № нөмірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца _____

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки
AA № 5143312

2. ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПШАНЫҢ
НЕСІТУРАЛЫ МӘЛІМЕТТЕР
СВЕДЕНИЯ О ВЛАДЕЛЬЦЕ
ЛИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КНИЖКИ

1. Негізгі мамандығы _____
Основная профессия

2. Лауазымы _____
Должность
Түрбеші

3. Жұмыс орны _____
Место работы
«Тыныштық» мерке
дәрігерханасы

4. Туған жері, айы, күні _____
Дата рождения
18.11.1998

5. Мекен-жайы _____
Место жительства
Батырбек Д-н,
п. Достық үл.

